



Gobierno de Puerto Rico
Departamento de la Familia
Administración de Desarrollo Socioeconómico de la Familia
Programa de Ayuda Temporal para Familias Necesitadas (TANF)

INFORME MÉDICO DEL EXAMEN DE LA VISTA

Parte A: Información del (de la) cliente o solicitante (Llénese por el Técnico de Asistencia Social y Familiar (TASF))				
Nombre del (de la) Paciente (apellido paterno, apellido materno, nombre e inicial)	Sexo	Edad	Núm. Seguro Social	Escolaridad
<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M				
Especifique Ocupación Habitual: _____	¿Cliente es Proveedor(a)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Nombre y Firma del (de la) Técnico de Asistencia Social y Familiar	
¿Edad en que comenzó a tener dificultad visual?	¿Cliente es Amo(a) de Casa? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		_____ Nombre	
			_____ Firma	

Parte B: Información Médica - Resultado del Examen, Evaluación y Recomendaciones				
Es necesario se provea toda la información solicitada para que el(la) Consultor(a) Médico(a) pueda determinar elegibilidad para recibir beneficios por el factor de incapacidad visual.				
Refracción (Use diagrama Snellen)		Diámetro más ancho en grados del campo visual restante:		
Visión sin corrección (A distancia de 20 pies)		OD <input style="width: 40px;" type="text"/> OS <input style="width: 40px;" type="text"/>		
Ojo Derecho 20/	Ojo Izquierdo 20/			
Visión con corrección (A distancia de 20 pies)		(Este dato es indispensable cuando el paciente, con agudeza visual mayor de 20/200 resulta, tras ligera prueba con gran limitación visual. Hacer en perímetro estándar de 13 pulgadas y con objeto blanco de 6mm de diámetro que subtienda un ángulo aproximadamente un grado).		
Ojo Derecho 20/	Ojo Izquierdo 20/			
Visión Periférica: (Limitación Campo Visual)				
Ojo Derecho <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Ojo Izquierdo <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Diagnóstico: (Estado Actual)		¿Cuándo debe practicarse el próximo examen? (mes-día-año)		
Ojo Derecho		Ojo Izquierdo		

Recomendaciones sobre empleabilidad o capacidad para realizar las tareas de amo(a) de casa:	
<input type="checkbox"/> Persona puede trabajar sin restricciones en su trabajo habitual.	
<input type="checkbox"/> Persona puede hacer trabajo moderado, debido a que su condición médica no le afecta sustancialmente.	
<input type="checkbox"/> Persona puede hacer trabajo liviano, debido a que su condición médica le afecta sustancialmente.	
<input type="checkbox"/> Cualquier trabajo está contraindicado.	
De ser un(una) menor de edad determine, si puede realizar las actividades propias de su edad: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

Nombre del (de la) Oftalmólogo(a): (en letra de molde) _____ Fecha (día-mes-año) _____	Firma del (de la) Oftalmólogo(a) _____ Número de Licencia Médica _____
---	---